МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СССР

Всесоюзное научное общество невропатологов и психиатров

ПАТОГЕНЕЗ, КЛИНИКА И ЛЕЧЕНИЕ АЛКОГОЛИЗМА

Тезисы докладов на Пленуме правления Всесоюзного научного общества невропатологов и психиатров
(г. Львов, 27—29 сентября 1976 г.)

Москва — 1976

ма и летальный исход. Вопреки представлению Вернике, как упоминалось выше, часть больных поправляется, что надо связывать с лечебным применением больших доз витамина B_1.

Наши данные о патологической анатомии заболевания (клинико-анатомически изучено 4 наблюдения) подтверждают существование изменений в паравентрикулярных участках гипоталамуса, медиальных отделах зрительного бугра, мамиллярных тельцах. Таким образом, это заболевание характеризуется избирательным страданием лимбико-гипоталаморетикулярного комплекса, что клинически проявляется выраженными вегетативно-висцеральными расстройствами, своеобразными нарушениями психики и симптомами поражения мозгового ствола.

Наступило время, когда можно выполнить пожелание С. С. Корсакова об уточнении патогенетического обозначения этой болезни и назвать ее «гиповитаминозная-B_1 энцефаломиелополиневропатия». Если к этому наименованию добавлять эпоним, то исторически справедливо указывать не две, а три фамилии — «Гейе—Вернике—Корсаков».

К ВОПРОСУ ОБ АЛКОГОЛИЗМЕ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

В. В. Веселовский, Е. П. Полякова, Н. И. Долишня, З. А. Кротова

Львов

Интерес к проблеме злоупотребления алкоголем молодыми людьми объясняется тем, что в молодом возрасте быстро происходит формирование признаков хронического алкоголизма, как правило, со злокачественным течением, быстрым нарастанием характерологических изменений личности, сопровождающихся асоциальным поведением и утратой привычных социальных контактов.

Нами проанализированы 253 случая (158 юношей и 95 девушек в возрасте 16—18 лет) поступлений в течение нескольких лет в городской медицинский вытрезвитель. У 179 человек употребление больших количеств алкоголя носило случайный, ситуационный характер и в дальнейшем, как правило, не повторялось; эти случаи в нашем исследовании не учитывались.

В 74 наблюдениях (64 мужчины и 10 женщин) употребление алкоголя носило постоянный характер, с четкими клиническими признаками хронического алкоголизма. В настоящей работе проанализированы причины становления заболевания и результаты 2—3-х годичного последующего катамнестического наблюдения.

У большинства исследованных (41 больной — 55,4%) первое знакомство с алкоголем относится к 6—12-летнему возрасту, у остальных (32 больных — 43,2%) — к 12—15-летнему. В одном наблюдении (1,4%) относительно постоянное употребление малых доз алкоголя началось в 4-летнем возрасте. Семейная ситуация у 40 больных была крайне неблагоприятной. Так, у 21 из них один из родителей страдал хроническим алкоголизмом, у 19 больных в семье были постоянные ссоры, скандалы, последующие примирения с употреблением спиртного. 33 больных были единственными или последними по счету детьми в семье, росли в условиях гиперопеки, поклонения. Чаще всего (18 наблюдений) употребление алкоголя в первый раз происходило по инициативе взрослых или как подражание им, иногда родители давали детям алкоголь (пиво, вино) «для аппетита».

У большинства исследованных обычно в возрасте 14—16 лет сформировывалось тяготение к алкоголю, изменялся характер в сторону грубости, эмоциональной холодности, циничности, утраты привязанности к родителям и членам семьи, у некоторых агрессивности. Как правило, больные бросали обучение в массовой школе, при трудоустройстве и финансовой независимости еще более отдалялись от семьи.

К 18 годам у 67 больных (90,5%) диагностировалась наркоманическая стадия алкоголизма, в 7 случаях (9,5%) — энцефалопатическая. Двое больных перенесли тяжелый алкогольный делирий, закончившийся у 1 больного летальным исходом.

При попытках вовлечь больных в противоалкогольное лечение возникали значительные трудности. 27 больных амбулаторно лечились в наркологических кабинетах с незначительным эффектом и рецидивом через 1—3 месяца; 42 больных лечились стационарно в наркологическом отделении психиатрической больницы по 1,5—2 месяца с активным вовлече-

нием в трудовые процессы. В этой группе больных эффект лечения был значительно выше, чем в предыдущей. Так, в 3 случаях возникли рецидивы через 3—6 месяцев. Остальные 39 человек не употребляли алкоголь около 2 лет, 27 из них возобновили обучение в школах рабочей молодежи и продолжали трудиться. По сведениям родственников улучшились и взаимоотношения в семьях больных.

По нашим данным, лишь 4 больных проходили повторное помещение в городской медицинский вытрезвитель.

Отмечены значительные трудности вовлечения в лечение больных алкоголизмом молодых женщин, что зачастую определялось выраженностью психопатоподобных (истероподобных) свойств личности, признаков неискренности, лживости, а также упрямым желанием скрыть свой порок, уверенностью «ненужности» и «бесполезности» лечения. Все же лечение 6 больных было проведено в условиях наркологического кабинета, а 2 больных находились на лечении в психиатрической больнице. Двухлетнее катамнестическое наблюдение показало, что больные не возобновляли прием алкоголя, создали семьи, у части больных родились дети. Именно момент образования семьи и особенно рождение детей следует расценивать как решающие факторы отрыва от пагубной страсти. В 2 случаях больные продолжали злоупотребление алкоголем, у них нарастали черты нравственной деградации, отмечались повторные поступления в медицинский вытрезвитель. В одном случае возникла необходимость направления больной в лечебно-трудовой профилакторий.

Таким образом, важнейшими условиями развития алкоголизма у молодых людей следует считать неправильное воспитание в семье, отрицательное влияние больного алкоголизмом родителя, неблагоприятные микросоциальные условия, раннее знакомство со спиртными напитками (часто по инициативе неосведомленных родителей), отсутствие целенаправленной профилактической работы с подростками в школе и на производстве. По нашим наблюдениям, своевременное распознавание хронического алкоголизма у молодых людей и максимально раннее привлечение их к лечению в условиях стационарных наркологических отделений приводит к отрыву их от злоупотребления алкоголем и восстановлению в обществе.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ РОЛЬ АЛКОГОЛЯ В ВОЗНИКНОВЕНИИ И ИСХОДАХ НЕВРИТОВ ЛУЧЕВОГО НЕРВА

А. Г. Глауров, В. И. Злобина, М. Н. Фоменко

Симферополь

Наши наблюдения (120 случаев неврита лучевого нерва) позволяют высказать обоснованное убеждение о патогенетической роли алкоголя в формировании данного заболевания. Так, в 92% наблюдений неврит развился после употребления больших доз алкоголя и последующего глубокого сна. Паралич мышц руки при этом возникал внезапно, после сна, причем обычно на той стороне, на которой больной спал, чаще правой.

Данные литературы (Н. Н. Пятницкий, 1946 и др.) и результаты наших исследований указывают на компрессионно-ишемический характер поражения нерва со сдавлением его в средней трети плеча, в месте огибания плечевой кости.

Клиническая картина во всех наблюдениях характеризовалась стереотипностью и проявлялась параличом разгибателей кисти и пальцев, мышцы, отводящей большой палец, плечелучевой мышцы, супинатора и типичным расстройством поверхностной чувствительности на разгибательной поверхности тыла кисти. Указанный симптомокомплекс подтверждал предполагаемую локализацию компрессии нерва в области средней трети плеча.

У подавляющего большинства больных удалось выяснить, что они длительно, в течение многих месяцев и лет, хронически употребляли алкоголь и у многих клинически выявлялся ряд симптомов хронической алкогольной интоксикации: тремор, оживление сухожильных рефлексов, оральные автоматизмы, слабодушие и др.

Среди больных в основном были мужчины (95%) преимущественно в возрасте от 20 до 50 лет, т. е. в наиболее работоспособном и продуктивном возрасте.

Механизм развития неврита можно представить следующим образом: хроническое употребление алкоголя создает повышенную чувствительность периферических нервов к воздействию разнообразных дополнительных факторов. Глубокий сон после приема алкоголя, мышечная атония во сне, поза больного со сдавлением плеча создают благоприятные усло-

распознавался только при тщательном изучении анамнеза, внимательном анализе клинических проявлений, исчезновении не только продуктивных психотических, но и казавшихся вначале необратимыми «дефицитарных» расстройств после сравнительно непродолжительного курса дезинтоксикационной и психофармакологической терапии, а в некоторых случаях лишь при повторении аналогичных психических расстройств после возобновления злоупотребления алкогольными напитками.

Вследствие вышеуказанных особенностей клиники алкоголизма и алкогольных психозов у женщин пожилого и старческого возраста эти заболевания у них при направлении в больницу нередко ошибочно относились в нозологические рубрики возрастных психозов.

Указанные особенности эпидемиологии, патогенеза и клиники алкоголизма и алкогольных психозов у женщин позднего возраста требуют более тщательного выявления алкоголизма в этих возрастных группах, разработки комплексных методов лечения, предусматривающих более осторожное применение «классических» методик антиалкогольной терапии в сочетании с «гериатрическими» средствами, широкое применение мер социально-реабилитационного характера со стороны коллективов, в которых прежде трудились эти пенсионеры, общественности по месту их жительства, психоневрологических диспансеров и районных психиатров. В отдельных случаях вследствие ограничения дееспособности, вызванного алкогольными и возрастными изменениями, определенное профилактическое и реадаптационное значение имеет назначение попечительства или опеки, решение вопроса об определении в дом-интернат соответствующего профиля, несмотря на то, что «алкоголизм» формально является противопоказанием для направления в дома-интернаты системы социального обеспечения. В связи с этим целесообразно предусмотреть соответствующие исключения для лиц пенсионного возраста в перечне противопоказаний для направления в дома-интернаты.

АЛКОГОЛИЗАЦИЯ И ПРОФИЛАКТИКА АЛКОГОЛИЗМА У ПОДРОСТКОВ С АНОМАЛИЯМИ ХАРАКТЕРА

А. Е. Личко
Ленинград

Немногочисленные исследования алкоголизации у подростков были направлены в основном на выяснение роли социально-психологических факторов — примера родителей, неправильного воспитания, неполной семьи и т. п. Отдавая должное значимости этих факторов, нельзя обойти стороной предрасполагающие к алкоголизации аномалии характера. Проблема взаимосвязи алкоголизма и психопатий рассматривалась главным образом в отношении взрослых. Отмечено начало алкоголизма при психопатиях в более молодом возрасте, быстрое формирование компульсивного влечения, появления амнезий в опьянении и скоро и неуклонно нарастающая социальная дезадаптация.

Нами среди 300 подростков мужского пола 14—18 лет, госпитализированных в психиатрическую больницу в связи с нарушениями поведения, но без явлений психоза, хронический алкоголизм установлен в 6% (I стадия—4%, II стадия — 2%), злоупотребление алкоголем — в 23%.

Обнаружено, что как алкоголизм, так и не достигающая этой степени алкоголизация достоверно не различается по частоте как среди случаев, диагностированных как психопатии, так и среди случаев, расцененных как акцентуации характера. Однако в типологическом отношении группа юных больных алкоголизмом была представлена только двумя типами — неустойчивым и эпилептоидным. Злоупотребление алкоголем, не достигавшее степени алкоголизма, имело место у 45% обследованных представителей неустойчивого типа, у 35% эпилептоидного, у 28% истероидного и 26% гипертимного типов. Среди шизоидных и сензитивных подростков алкоголем злоупотребляли лишь единицы, всегда при этом предпочитая лишь легкие степени опьянения.

В качестве мотива алкоголизации подростками неустойчивого типа обычно приводится желание испытать веселое настроение. При этом они стараются достичь не очень глубоких степеней опьянения, а вино предпочитается водке. Вино рассматривается как необходимый атрибут культа развлечений.

Выпивка всегда осуществляется в группе асоциальных сверстников.

Подобный же модус алкогольного поведения свойствен подросткам гипертимного типа. Однако последние в отличие от неустойчивых, по-видимому, долго удерживаются на уровне алкоголизации, не достигающей сформированного алкоголизма.

Для эпилептоидного подростка характерен совершенно иной путь алкоголизации. Опьянение обычно не дает легких и приятных эйфорий. Нередко они протекают по дисфорическому типу со злобностью, агрессией, дикими разрушительными действиями, попытками самокалечения или поступками, свидетельствующими о нарушениях влечений. После первых опьянений может возникнуть потребность пить «до отключения», и тяга к выпивке приобретает какой-то неодолимый, инстинктивный характер — компульсивное влечение к алкоголю может появиться одновременно с психической зависимостью. Крепкие спиртные напитки предпочитаются вину. В опьянении рано появляются амнестические эпизоды, напоминающие палимпсесты при сформировавшемся алкоголизме.

Особенности алкоголизации подростков с другими типами психопатий и акцентуаций характера сводятся к следующему. Циклоиды в период подъема в отношении алкоголя ведут себя также, как гипертимные юноши, но в субдепрессивной фазе обычно избегают спиртного. Эмоционально-лабильные и психастенические подростки вообще не склонны к алкоголизации. Шизоидные и реже сензитивные подростки могут использовать малые дозы алкоголя в качестве своеобразного допинга, облегчающего контакты и снимающего робость и застенчивость. При этом может формироваться своеобразная психическая зависимость, отличающаяся от истинной психической зависимости при алкоголизме. Физической же зависимости здесь наблюдать не приходилось. Истероиды склонны бывают преувеличивать свою алкоголизацию, изображать себя своего рода «алкогольными эстетами», уверяя, например, что пьют только коньяк или марочные вина и т. п. Конформные подростки вступают на путь алкоголизации, оказавшись в пьющей компании. Однако, видимо, лишь у неустойчивых и эпилептоидов алкоголизация может достигать такой степени, что уже в подростковом возрасте формируется алкоголизм.

Медико-педагогические мероприятия, направленные на борьбу с ранней алкоголизацией подростков, должны строиться с учетом типа психопатии или акцентуации характера. Неустойчивые подростки прежде всего нуждаются в строго регламентированном и тщательно контролируемом трудовом режиме. Гипертимные подростки плохо переносят гиперпротекцию, отвлечь от спиртного их легче, подыскав интересное новое увлечение, новое общество, занимающий их труд. Шизоидные, сензитивные и эпилептоидные подростки нуждаются в индивидуальной психотерапии, исходящей из особенностей их типа личности.

К ВОПРОСУ О СИНДРОМОЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЕ АЛКОГОЛЬНЫХ ПСИХОЗОВ

Н. И. Лоханский

Донецк

Синдромологии алкогольных психозов уделяется большое место в литературе (С. Визер, 1965; Г. В. Морозов и Н. Н. Иванец, 1975 и мн. др.). Однако до настоящего времени по целому ряду важных вопросов этой проблемы не существует единого мнения. В связи с этим в задачу настоящей работы входило изучение динамики психопатологических проявлений как в структуре одного психотического приступа, так и в течении рецидивирующих алкогольных психозов.

Клинико-катамнестически (длительность катамнеза от 6 месяцев до 20 лет) исследовано 583 больных алкогольными психозами (532 — мужчины, 51 — женщина). 366 больных перенесли однократную психотическую вспышку (62,8%) и 217 больных (37,2%) — от 2 до 6 психозов, в общей сложности — 904 психоза.

При первом поступлении в стационар были диагностированы: белая горячка в 297 случаях, острый алкогольный галлюциноз в 178, острый алкогольный параноид — в 75, алкогольный бред ревности — в 12, хронический алкогольный галлюциноз — в 3, алкогольная эпилепсия — в 14, алкогольная депрессия — в 2 и энцефалопатия Гайе—Вернике — в 2 случаях. Анализ манифестных как однократных, так и рецидивирующих алкогольных психозов показал, что клиническая кар-

связи примечателен тот факт, что из 3818 больных хроническим алкоголизмом, находившихся на лечении за последние 3 года, лишь 2,4% были выписаны за нарушение режима.

Реализация программы психотерапевтических мероприятий начиналась при поступлении больных в стационар с обучения их навыкам релаксационной лечебной гимнастики.

Следующая «ступень» программы предусматривала проведение индивидуально-групповой релаксационной аутогенной тренировки с применением мотивированных самовнушений. В дальнейшем аутогенная тренировка отличается все большей индивидуализацией и направлена на снятие фиксированных невротических состояний и корригирование отношения к болезни.

На завершающей ступени психотерапии вводятся такие методы, как групповая гипносуггестия и фармакопсихотерапия.

Осуществление указанной комплексной программы психотерапевтического воздействия в значительной мере способствовало выработке у больных правильной критической самооценки и позитивного отношения к антиалкогольному лечению, что в конечном итоге повышало эффективность всего лечебно-реадаптационного процесса.

СОДЕРЖАНИЕ

Вопросы клиники алкоголизма

Организация наркологической помощи и лечения больных алкоголизмом

Л 77814 Подп. в печ. 14/VI 1976 г. Зак. 1090
Объем 19,75 п. л. Цена 1 р. 70 к. Тир. 1000

Типография ХОЗУ Миннефтепрома